

優生健康檢查個案紀錄聯

自費案
 補助案

第一聯

檢體編號 (請用原子筆填寫)

個案資料由個案或採檢院所填寫

個案資料	姓名				年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別			
	電話	家：()									身分證號碼 /統一證號			
		公：()										性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	手機：													
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮 區市	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮 區市	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓		
夫妻確診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		配偶國籍別						配偶身分證號碼 /統一證號					

檢體資料由採檢院所填寫

檢體資料	適應症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱適應症代碼表)	轉介單位：醫院名稱及健保醫院代碼		
	其他(請註明_____)		轉介人員： _____ 填單日期： 年 月 日		
檢體類別： <input type="checkbox"/> 1. 血液 <input type="checkbox"/> 2. 尿液 <input type="checkbox"/> 3. 流產組織 <input type="checkbox"/> 4. 臍帶血 <input type="checkbox"/> 5. 羊水 <input type="checkbox"/> 6. 其他 (請註明_____)					

檢查項目	細胞遺傳學檢驗結果
一、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____) <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 <input type="checkbox"/> 3-1. 海洋型貧血確診 <input type="checkbox"/> 3-2. 脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-3. 脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 3-4. 染色體脆折症 <input type="checkbox"/> 3-5. 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 3-6. 血友病 <input type="checkbox"/> 3-7. 裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-8. 其他 <input type="checkbox"/> 4. 胺基酸檢查 <input type="checkbox"/> 5. 有機酸檢查 <input type="checkbox"/> 6. 其他 二、精神疾病檢查	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型： _____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗 <hr/> 海洋性貧血基因檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ， <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
建議及處理 <input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務 1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱： _____ 2_由原採檢醫師： _____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他 _____	其他檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型： _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
檢驗機構：醫院名稱及健保醫院代碼 醫師簽章： _____ 檢查日期： 年 月 日	

註：1. 紀錄聯第一、二欄分別由個案或採檢醫院、診所填寫後，採檢院所自存第二聯，將第一聯送檢驗單位。
2. 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。
3. 補助個案相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月25日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局(台灣省個案)、台北市立聯合醫院婦幼院區(台北市個案)、高雄市政府衛生局(高雄市個案)，經審核無誤後撥款。

優生健康檢查個案紀錄聯

自費案
 補助案

第二聯

檢體編號 (請用原子筆填寫)

個案資料由個案或採檢院所填寫

個 案 資 料	姓名	年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別	
	電話	家：()							身分證號碼 /統一證號
		公：()							性別
		手機：							<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣市	鄉鎮 區市	村 里	鄰	路 街	段	巷 弄 號 樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣市	鄉鎮 區市	村 里	鄰	路 街	段	巷 弄 號 樓	
夫妻確診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶國籍別						配偶身分證號碼 /統一證號	

檢體資料由採檢院所填寫

檢 體 資 料	適應症	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> (請參閱適應症代碼表)	轉介單位：醫院名稱及健保醫院代碼
		其他(請註明_____)	轉介人員：_____ 填單日期：_____年_____月_____日
	檢體類別：	<input type="checkbox"/> 1. 血液 <input type="checkbox"/> 2. 尿液 <input type="checkbox"/> 3. 流產組織 <input type="checkbox"/> 4. 臍帶血 <input type="checkbox"/> 5. 羊水 <input type="checkbox"/> 6. 其他 (請註明_____)	

檢查項目	細胞遺傳學檢驗結果
二、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____) <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 <input type="checkbox"/> 3-1. 海洋型貧血確診 <input type="checkbox"/> 3-2. 脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-3. 脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 3-4. 染色體脆折症 <input type="checkbox"/> 3-5. 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 3-6. 血友病 <input type="checkbox"/> 3-7. 裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-8. 其他 <input type="checkbox"/> 4. 胺基酸檢查 <input type="checkbox"/> 5. 有機酸檢查 <input type="checkbox"/> 6. 其他 二、精神疾病檢查	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型：_____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗
建議及處理	海洋性貧血基因檢驗結果
<input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務 1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱：_____ 2_由原採檢醫師：_____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他_____	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ， <input type="text"/> - <input type="text"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
	其他檢驗結果
	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型：_____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
檢驗機構：醫院名稱及健保醫院代碼 醫師簽章：_____ 檢查日期：_____年_____月_____日	

註：1. 紀錄聯第一、二欄分別由個案或採檢醫院、診所填妥後，採檢院所自存第二聯，將第一聯送檢驗單位。
 2. 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。
 3. 補助個案相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月25日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局(台灣省個案)、台北市立聯合醫院婦幼院區(台北市個案)、高雄市政府衛生局(高雄市個案)，經審核無誤後撥款。

優生健康檢查適應症代碼表

代 號	英文適應症	中文適應症	
20	Male infertility	男性不孕	
20-A	Azoospermia	無精症	
20-B	Oligospermia	精子過少	
20-C	Others	其他	@
20-D	Unspecified	非特定的	
21	Short stature	身材短小	
22	Ambiguous genitalia	不明的生殖器	
23	Female infertility	女性不孕	
23-A	Primary amenorrhea	原發性閉經	
23-B	Secondary amenorrhea	繼發性閉經	
23-C	Female infertility, cause unspecified	非特定的	
24	Mental retardation and developmental delay	智能遲緩和發育延遲	
24-A	Down syndrome	唐氏症	
24-B	Mental retardation with family history	家族病史之智能遲緩	
24-C	Mental retardation without family history	無家族病史之智能遲緩	
24-D	Developmental delay	發育延遲	
24-E	Others	其他	@
25	Congenital anomaly	先天性異常	
26	Repeated pregnancy loss	重覆懷孕流產	
27	Abnormal family history	異常的家族病史	
27-A	With abnormal karyotype	帶有異常核型	
27-B	With congenital anomalies	帶有先天性異常	
27-C	With mental retardation	帶有智能遲緩	
27-D	With unexplained fetal death	帶有不明原因的胎兒死亡	
27-E	Others	其他	@
28		疑似有下列的遺傳性疾病	
28-A	Thalassemia α	甲型海洋性貧血	
28-B	Thalassemia β	乙型海洋性貧血	
28-C	SMA-Spinal muscular atrophy	脊髓性肌肉萎縮症	
28-D	SCA-Spinocerebellar ataxia	脊髓小腦性共濟性失調 (小腦萎縮症)	
28-E	Fragile X syndrome	X 染色體脆折症	
28-F	Huntington disease	亨丁頓舞蹈症	
28-G	Prader-Willi syndrome / Angelman syndrome	普瑞德-威利氏症候群 / 安裘曼氏症	*
28-H	DGS / VCFS	迪喬治症候群	*
28-I	Williams syndrome	威廉氏症	*
28-J	Smith-Magenis syndrome	史密斯-馬吉利氏症候群	*
28-K	Hemophilia	血友病	
28-L	Duchenne muscular dystrophy	裘馨氏肌肉萎縮症	
28-Z	Others	其他	*
2A	Miscellaneous	雜項	*
2A-A	Patient's anxiety	病患的焦慮	*
2A-B	Drug exposure	藥物	*
2A-C	Others	其他	*

*表示不補助

@表示其他項目中屬於可補助，但「未註明適應症則不補助」

海洋性貧血基因檢驗異常結果代碼表

代碼	異常結果	代碼	異常結果
2	IDA	3-3	HbH disease compound heterozygous α -thal 1,2 (α - / - -) 請註明: _____
3	Alpha thalassemia	3-4	hydrops fetalis homozygous α -thal 1 (- - / - -) 請註明: _____
3-1-1	Alpha thal silent -heterozygous α -thal 2 (α α / α -) - α 4.2	4	Beta thalassemia
3-1-2	Alpha thal silent -heterozygous α -thal 2 (α α / α -) - α 3.7	4-1	IVS-II-654(C→T)
3-1-3	Alpha thal silent -heterozygous α -thal 2 (α α / α -) QS	4-2	CD41/42(-TCTT)
3-1-4	Alpha thal silent -heterozygous α -thal 2 (α α / α -) CS	4-3	-28(A→G)
3-1-5	Alpha thal silent -heterozygous α -thal 2 (α α / α -) 其他: _____	4-4	CD17(A→T)
3-2-1-1	Alpha thal minor heterozygous α -thal 1 (α α / - -) SEA	4-5	CD27/28(+C)
3-2-1-2	Alpha thal minor heterozygous α -thal 1 (α α / - -) Thai	4-6	CD26(G→A)
3-2-1-3	Alpha thal minor heterozygous α -thal 1 (α α / - -) Fil	4-7	Beta major 請註明: _____
3-2-1-4	Alpha thal minor heterozygous α -thal 1 (α α / - -) 其他: _____	4-8	其他: _____
3-2-2	Alpha thal minor homozygous α -thal 2 (α - / α -) 請註明: _____		